

Tartu Ülikool
Sotsiaal- ja haridusteaduskond
Psühholoogia instituut

Margo Taliväting

**Dissotsiatiivsete kogemuste skaala (DES-II) kohandamine eesti keelde ja
dissotsiatiivsete kogemuste seos unehäiretega**

Seminaritöö

Juhendaja: Kaia Kastepõld-Tõrs
Läbiv pealkiri: Dissotsiatiivsete kogemuste skaala kohandamine

Tartu 2015

Kokkuvõte

Dissotsiatiivsete kogemuste skaala (DES-II) kohandamine eesti keelde ja dissotsiatiivsete kogemuste seos unehäiretega.

Käesoleva seminaritöö eesmärgiks oli töötada välja mõõtevahend dissotsiatiivsete kogemuste hindamiseks ning selgitada dissotsiatiivsete kogemuste rolli unehäirete kontekstis. Valim koosnes 100 inimesest (26 meest ja 74 naist). Osalejad täitsid testikomplekti, kuhu kuulusid eesti keelde tõlgitud dissotsiatiivsete kogemuste skaala (DKS), emotsionaalse enesetunde küsimustik (EEK-2), traumahäire sümptomite küsimustik (SPTSS), Uppsala uneuuringu küsimustik (UUK), une häirituse küsimustik (UNH) ja EPIP-NEO isiksuseküsimustik.

DKS sisemine reliaablus oli hea (0,93). Faktoranalüüsis eraldus 7-faktorit, kuid võttes arvesse varasemaid uuringuid, siis paremaks lahenduseks oleks ühefaktoriline struktuur. DKS skoori korrelatsioon EEK-2, SPTSS, UUK kui ka UNH skooridega oli keskmise tugevusega. Olulist erinevust kliinilise grupi ja tervete uuritavate grupi vahel DKS skoorides ei leitud. DKS korreleerus EPIP-NEO isiksuseküsimustikus positiivselt neurootilisuse ja negatiivselt ekstravertsuse ning sotsiaalsuse alaskaalaga.

Uurimistöös leitud andmete põhjal võib öelda, et DKS eestikeelne versioon on usaldusväärne ja valiidne mõõtmisvahend.

Märksõnad: dissotsiatsioon, dissotsiatiivsed häired, DES, uni, unehäired

Abstract

Adaptation of the Dissociative Experience Scale (DES) into Estonian and the relationship between dissociative experiences and disturbed sleep.

The main goal of the study was to develop a measuring scale for assessing the dissociative experiences and to clarify what kind of role plays dissociation in disturbed sleep. The sample consisted of 100 people (26 men and 74 women). The participants completed a set of tests, including DES, Emotional State Questionnaire (EEK-2), The Screen for Posttraumatic Stress Symptoms (SPTSS), Uppsala Sleep Inventory (USI), The Sleep Disturbance Questionnaire (SDQ) and EPIP-NEO personality questionnaire.

The internal reliability of DES was excellent. Factor analysis suggested a 7-factor structure, but when taking into account previous studies, then better would be 1-factor structure. DES correlated moderately with the scores of EEK-2, SPTSS, USI and SDQ. There was no significant differences between the clinical and non-clinical group in DES scores. DKS correlated positively with EPIP-NEO neuroticism subscale and negatively with extraversion and agreeableness subscale.

According to the results, DES can be considered reliable and valid.

Keywords: dissociation, dissociative disorders, DES, sleep, disturbed sleep

Sissejuhatus

Dissotsiatsiooni on püütud mitmel viisil defineerida. Enamjaolt on mõeldud selle all kogemusi, kus mõtteid, emotsioone, motoorset aktiivsust, taju, mälu ja identiteeditunnet ei töödelda üheks tervikuks, vaid nad on funktsionaalselt üksteisest eraldatud ning mõnel juhul kättesaamatud teadvusele ning tahtlikule meenutamisele (Steinberg, 1994a). DSM-IV järgi on dissotsiatsioon kui teadvuse, mälu, identiteedi või ümbruskonna tajumise integreerumise häirumine (American Psychiatric Association, 2000).

Osad kliinilised spetsialistid kasutavad mõisteid psühholoogiline ja somatoformne dissotsiatsioon. Need ei viita mitte dissotsiatsiooni põhjustele, vaid selle ilmningutele. Psühholoogilise dissotsiatsiooni all peetakse silmas selliseid sümptome, mis hõlmavad endas psühholoogilisi muutujaid. Somatoformse dissotsiatsiooni alla kuuluvad somaatilised (kehalised) sümptomid (Nijenhuis, 2000).

Dissotsiatsiooni definitsiooni eristatakse ka selle poolest kas ta on omaduselt ajutine (ingl.k. *state*) või püsiv (ingl.k. *trait*). Esimene viitab episoodilisele nähtusele ning teine on seotud isiksuseomadustega ja on rohkemal-vähemal määral olemas igas inimeses. DES-II küsimustik töötati välja dissotsiatiivsete kogemuste püsivate omaduste mõõtmiseks (Carlson & Putnam, 1993).

Dissotsiatsiooni tekkemehhanismid

Traditsioonilise mudeli järgi peetakse dissotsiatiivsete sümptomite põhjuseks traumeerivaid sündmusi. Inimene püüab raskete olude mõju endale vähendada eemaldudes sellest psühholoogiliselt (van Ijzendoorn & Schuengel, 1996). Sellise kaitsemehhanismi pikaajaline kasutamine võib saada harjumuseks ning soodustab dissotsiatsiooni teket ka väiksemate stressorite puhul (van der Kolk & Fisler, 1995). Esimesena seostas dissotsiatsiooni ja traumat omavahel Pierre Janet 19. sajandil (van der Hart & Horst, 1989). Tema käsitles dissotsiatsiooni kui psüühikahäiret ning nimetas seda hüsteeeriaks. Hiljem mindi üle dimensionaalsele käsitlusele, kus dissotsiatsiooni hakati vaatlama kui kontiinumi ning selle kergemaid vorme peeti tavapopulatsioonis normaalseks nähtuseks (Carlson & Putnam, 1993). Janet mudelit järgides on mitmed autorid rõhutanud, et dissotsiatsiooni tekkimisel on üheks olulisemaks teguriks traumeeriv sündmus, peamiselt lapsepõlvetrauma (Bremner, 2010;

Spitzer, Vogel, Barnow, Freyberger, & Grabe, 2007; Gershuny & Thayer, 1999). Näiteks on leitud seoseid dissotsiatiivsete sümptomite ja lapsepõlvetraumade vahel posttraumaatilise stressihäirega (Hagenaars, Fisch & van Minnen, 2011) ja isiksuse mitmesuse häirega (ingl.k. *dissociative identity disorder*) patsientide seas (Simeon, Guralnik, Schmeidler, Sirof & Knutelska, 2001).

Mõned teised uurijad väidavad, et traditsiooniline mudel ei paku dissotsiatsiooni kohta piisavalt selgitust. Selle üle on viimasel ajal ka tuliselt vaieldud (Bremner, 2010; Giesbrecht, Lynn, Lilienfeld & Merckelbach, 2010; Dalenberg, Brand, Gleaves, Dorahy, Loewenstein, Cardeña, Frewen, Carlson & Spiegel, 2012). Alternatiivse mudelina pakutakse välja, et dissotsatsioon pole tingitud otseselt traumast, vaid selle põhjuseks võib olla hoopis häiritud uni (Giesbrecht, Lynn, Lilienfeld, & Merckelbach, 2008; Watson, 2001). Dissotsiatsiooni sümptomid ja teatud tüüpi unekogemused (nt. värvikad ja korduvad unenäod, õudusunenäod) on leitud omavahel seotud olevat (Watson, 2001). Ühes uuringus viidi läbi katse 25 inimesega, kes olid 24 tundi järjest üleval. Leiti, et katsealuste dissotsiatiivsete sümptomite tase kasvas tunduvalt pärast une puudujääki (Giesbrecht, Smeets, Leppink, Jelicic & Merckelbach, 2007). Järgnevalt püüti uurida edasi põhjuslikke seoseid dissotsiatsiooni ja une vahel. Valimiks oli ühe erakliiniku patsiendid, kes täitsid kliinikusse saabudes ja sealt lahkudes vastavad küsimustikud. Neil tuli järgida kohapeal ranget programmi, et nende uneprobleemid väheneksid. Enamus patsientidel paranes unekvaliteet 8 nädala jooksul. Uurijad leidsid tugeva seose unekvaliteedi ja dissotsiatiivsete sümptomite vahel ning järeldasid, et une normaliseerimisega kaasnes ka dissotsiatiivsete sümptomite vähenemine (van der Kloet, Giesbrecht, Lynn, Merckelbach, & de Zutter, 2011).

Kuigi seos dissotsiatiivsete sümptomite ja unehäirete vahel on uuringute järgi olemas, siis pole kindel kumb põhjustab kumba. Arvatakse, et see seos võib olla kahe-suunaline ehk dissotsiatiivsed sümptomid võivad põhjustada uneprobleeme ja vastupidi ning lisaks võib lisafaktorina mängida rolli ka psühhopatoloogia (van der Kloet, Giesbrecht, Lynn, Merckelbach, & de Zutter, 2011).

DES-II väljatöötamine

Dissotsiatiivsete häirete lisamine DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III) nimekirja tõi vajaduse dissotsiatiivsete kogemuste skaala (lüh. DES – ingl.k. *Dissociative Experience Scale*) väljatöötamiseks (Bernstein & Putnam, 1986). DES skaalaga mõõdetakse dissotsiatiivsete sümptomite esinemissagedust (Merckelbach, Horselenberg & Schmidt, 2002) ning seda on kasutatud nii kliinilises kui tavapopulatsioonis (van IJzendoorn

& Schuengel, 1996). Skaala küsimustikud töötati välja intervjuudest inimestega, kel oli diagnoositud dissotsiatiivne häire. Arvesse võeti kogemusi, mis seotud amneesia, depersonalisatsiooni, derealisatsiooni, absorptsiooni ja kujutlusvõimega. Pilootuuringus testiti küsimustikku tavapopulatsioonis ja skisofreenia diagnoosiga patsientide seas, et kontrollida kui arusaadavad on küsimused nii kliinilisele kui tavapopulatsioonile. Eeldati, et dissotsiatiivsed nähtused võivad varieeruda alates igapäevaelus ettetulevatest kuni patoloogilisteni (Carlson & Putnam, 1993).

DES skaala on mõeldud eelkõige hindamiseks, mitte diagnoosimiseks. Vastamise lihtsustamiseks ja skooride arvutamiseks loodi DES-II, mis koosneb samadest küsimustest kui DES, ainult et vastamiseks on ette antud protsendiskaala (st. 0%, 10%, 20% ... 100%) (Carlson & Putnam, 1993). Vastajad täidavad 28 väitest koosneva küsimustiku dissotsiatsiooni kohta igapäevaelus. DES-II skoor varieerub protsendiskaalal 0 ja 100 vahel. Kõrgem tulemus näitab sagenenud dissotsiatiivseid kogemusi, väärtused üle 25 või 30 näitavad võimalikku psühhopatoloogiat (Putnam, Carlson, Ross, Anderson jt, 1996). Sümptomite täpsemaks hindamiseks kasutatakse struktureeritud kliinilist intervjuud (Steinberg, 1994b). DESil on kõrge sisemine reliaablus, hea test-retest stabiilsus (Holtgraves & Stockdale, 1997) ja ennustav valiidsus (van Ijzendoorn & Schuengel, 1996).

Carlson jt (1991) uurisid DES skaala struktuuri kliinilise ja mittekliinilise valimi põhjal ning leidsid kolm alaskaalat: amnestiline dissotsiatsioon, absorptsioon ja depersonalisatsioon. Kõik uurijad pole aga ühel meelel milline oleks parim meetod DES skaalalt faktoreid eraldada. Erinevad uuringud on leidnud DES skaalale mitmeid faktorstruktuure, vahemikus 1-7 faktori vahel (Amdur & Liberzon, 1996; Bernstein, Ellason, Ross & Vanderlinden, 2001; Lipsanen, Saarijärvi & Lauerma, 2003; Ray, June, turaj & Lundy, 1992; Ross, Joshi & Curie, 1990). Mõnede uurijate arvates on selle põhjuseks kriteerium, kus faktorite eraldamiseks kasutatakse $\text{eigenvalue} > 1$ (Wright & Loftus, 1999). Teiste arvates tuleks kasutada rohkem scree plot'i ja kolmedimensionaalset mudelit faktorite hindamiseks (Lipsanen jt., 2003).

DES küsimustikku on tõlgitud mitmesse keelde (nt. soome, rootsi, prantsuse, portugali, saksa jt.). Sisemine reliaablus on kohandatud tõlgetel üldiselt hea (Cronbach $\alpha > .80$) (Körlin, Edman & Nybäck, 2007; Santo & Abreu, 2009; Spitzer, Heyberger, Stieglitz, Carlson, Kuhn, Magdeburg, & Kessler, 1998; Lipsanen, Saarijärvi & Lauerma, 2003). Küsimustiku kohandamisel on esile kerkinud kaks peamist küsimust. Esimene on faktorstruktuuri kohta. Arvatakse, et kliinilises populatsioonis tasuks kasutada mitme- ja tavapopulatsioonis ühefaktorilist struktuuri (Larøi, Billieux, Defeldre, Ceschi & Van der

Linden, 2013; Lipsanen jt., 2003). Teine küsimus on DES-II skooride pörande-efekti kohta. Kuna tavapopulatsioonis esineb dissotsiatsiooni keskmisest vähem ja patsientide seas keskmisest rohkem, siis on skoorid ka vastavalt kallutatud. (Larøi jt., 2013; Körlin jt., 2009) Seda on vaja arvestada andmeanalüüsis ja tulemuste tõlgendamisel.

Seos teiste psüühikahäiretega

Kõrgeenenud dissotsiatiivsete sümptomite taset on leitud peale dissotsiatiivsete häirete ka teistel psüühikahäiretega patsientidel nagu piirialast tüüpi isiksusehäire (Sar, Koyuncu, Ozturk, Yargic, Kundakci, Yazici & Aksüt, 2007), posttraumaatiline stressihäire (Van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2005), ärevushäired nagu nt. obsessiiv-kompulsiivne häire (Rufer, Fricke, Held, Cremer & Hand, 2006), skisofreenia (Merckelbach, à Campo, Hardy & Giesbrecht, 2005), söömishäired (Lightstone, 2004), depressioon (Holmes, Brown, Mansell, Fearon, Hunter, Frasquilho & Oakley, 2005), paanikahäire ja agorafobia (Cassano, Petracca, Perugi, Toni, Tundo & Roth, 1989).

Erinevused DSM-IV ja RHK-10 vahel

Kaks suurimat diagnostikaklassifikatsiooni DSM-IV ja RHK-10 kasutavad dissotsiatiivsete häirete diagnoosimiseks pisut erinevat kategoriseerimist. DSM-IV-s (American Psychiatric Association, 1994) on konversioonihäired viidud eraldi dissotsiatiivsetest häiretest somatoformsete häirete kategooria alla. Põhjendades seda sellega, et diagnoosimisel paremini eristada orgaanilisi (nt. neuroloogilisi) haigusi. RHK-10-s (ICD-10, WHO, 1992) on dissotsiatiivsed ja konversioonihäired asetatud ühe ja sama kategooria alla. Lisaks pole siia kategooriasse arvatud depersonalisatsiooni- ega derealisatsioonihäireid. Põhjenduseks tuuakse, et need häired ei hõlma endas kontrolli kadu taju, mälu või liigutuste üle. Isiksuse mitmesuse häire on DSM-IV-s toodud välja eraldi kategooriana. RHK-10-s on see aga paigutatud muude dissotsiatiivsete häirete alla. Nende kahe klassifikatsiooni erinevused näitavad, et dissotsiatsiooni kui mõiste käsitlemisel ei olda päris ühel meelel.

Dissotsiatsioon ja isiksuseomadused

Mõned uurijad (Groth-Marnat & Jeffs, 2002) on leidnud seoseid dissotsiatsiooni ja selliste isiksuseomaduste nagu neurootilisuse, ekstravertsuse ning meelekindluse vahel. Nende uuring põhines kliinilisel valimil. Nad põhjendasid positiivset korrelatsiooni neurotismi ja dissotsiatsiooni vahel sellega, et need mõlemad on seotud negatiivse stiimuli, haavatavuse, kartuse, depressiooni ja väärkohtlemisega. Ekstravertsus ja dissotsiatsioon olid negatiivselt

korreleeritud nende arvates tänu ekstravertide toimetulekumehhanismidele (nagu sotsiaalne toetus) ning positiivsele afektile. Meelekindlus oli samuti negatiivses korrelatsioonis dissotsiatsiooniga ning seda nende arvates seetõttu, et meelekindlus on seotud hoolika ja täpse planeerimisega.

Ruiz jt. (1999) läbi viidud uuringus tavapopulatsioonis leiti, et dissotsiatsioon oli nõrgas positiivses korrelatsioonis neurootilisusega ($r=.27$, $n=719$, $p<.001$) ja avatusega kogemusele ($r=.20$, $n=719$, $p<.001$). DES skaala üldskoor isiksuseomaduste alaskaalade lõikes üksteisest oluliselt ei erinenud. Uurijate arvates võib see tulemus viidata sellele, et inimeste dissotsiatiivsed kogemused ei erine teistest mitte kvantitatiivselt (kogemuste arvult), vaid kvalitatiivselt (kogemuste omadustest).

Eesmärk ja hüpoteesid

Uurimistöö üldiseks eesmärgiks oli töötada välja mõõtevahend (edaspidi DKS – dissotsiatiivsete kogemuste skaala) dissotsiatiivsete kogemuste hindamiseks ning selgitada dissotsiatiivsete kogemuste rolli unehäirete kontekstis, sealjuures hinnates DKS faktorstruktuuri ja psühhomeetrilisi omadusi. Toetudes varasematele uurimustele püstitati järgnevad hüpoteesid:

- 1) Kliinilisel valimil esineb dissotsiatiivseid sümptomeid oluliselt suuremal määral kui tervete uuritavate grupil;
- 2) DKS korreleerub positiivselt EEK-2 üldskoori ning depressiivsuse, üldise ärevuse, paanikahäire/agorafoobia, vaimse kurnatuse ja unehäirete alaskaaladega;
- 3) DKS korreleerub positiivselt traumahäire sümptomite küsimustiku (SPTSS) üldskooriga;
- 4) DKS korreleerub positiivselt Uppsala uneuuringu küsimustiku (edaspidi UUK) üldskooriga;
- 5) DKS korreleerub positiivselt Une häirituse küsimustiku (edaspidi UNH) üldskooriga;
- 6) DKS korreleerub positiivselt EPIP-NEO isiksuseküsimustiku neurootilisuse ja avatuse alaskaaladega ning negatiivselt meelekindluse ja ekstravertsuse alaskaaladega.

Meetod

Valim

Uuringus osales kokku 100 inimest vanusevahemikus 19-72 ($M=31,11$; $SD=11,00$). Nendest 15 (15%) olid SA TÜK Psühhiaatriakliiniku unekeskusesse pöördunud patsiendid (nii esmakordsed kui korduvad). Kliinilisse valmisse kuulusid 5 meest (33%). Patsientide keskmine vanus oli 44,8 ($SD=15,36$; vanusevahemikus 25-72). Patsientide diagnoose pole teada.

Tervete uuritavate grupp koosnes TÜ erinevate erialade üliõpilastest ja inimestest, kes kaasati uuringu läbiviijate tutvusringkonnast. Siia gruppi kuulus 85 isikut, kellest 21 (25%) olid meessoost. Vastajate keskmine vanus oli 28,69 ($SD=7,99$; vanusevahemikus 19-57). Uuringu läbiviimiseks saadi luba Tartu Ülikooli Eetikakomiteelt (loa nr. 246/M-11).

Protseduur

Töö oli läbilõikeuuring. Osalejatel paluti täita testipakett, mis koosnes 6 enesekohasest küsimustikust. Tervete uuritavate grupp täitis testipaketi eFormular.com keskkonnas. Patsientidel oli võimalus täita testipakett nii internetis kui ka paberil, mille nad tagastasid kinnises ümbrikus posti teel. Patsientidele edastati informeeritud nõusolekulehed arsti või meditsiiniõe poolt ning nõusolekul instrueeriti neid uuringus osalema. Internetis vastajatel asus informeeritud nõusolekuleht eFormular.com lehel. Kõik paberkujul testipaketid olid kodeeritud ning isikuandmed hoiti testiandmetest eraldi. Osalejatel paluti osaleda nädal hiljem kordustestis, kus tuli uuesti täita DKS ja EEK-II küsimustik. Paberil täitnud isikud said testipaketi ja kordustestid korraga kätte. Neil paluti infolehel ära märkida mis kuupäevadel nad testipaketi ja kordustesti täidavad. Selle eesmärk oli lihtsustada osalejatel kordustesti täitmise kuupäeva meeldetuletamist.

Tõlgitud väited koostati sõltumatult mitme isiku poolt. Saadud tõlget hindas grupp, kuhu kuulusid psühholoog, psühholoogia eriala tudengid ning tavainimesed. Väidete arusaadavust kontrolliti ka väikesel valimil ($N=10$), kellega viidi läbi lühiintervjuud hindamaks sõnastuse arusaadavust. Pärast väidete komplekti kokkupanemist tõlgiti need inglise keelde ning kontrolliti sarnasust inglisekeelse DES-II väidetega. Andmete kogumisel jäeti DKS-i sisse 3 paralleelväidete paari (13 ja 29; 20 ja 30; 3 ja 31) võimaliku parema sõnastuse leidmiseks. Väited reastati juhuslikus järjekorras. Andmete töötlemiseks taastati

originaaliga sarnane järjekord. Paralleelväited eemaldati peale sisereliaabluse arvutamist ja enne faktoranalüüsi teostamist.

Mõõtevahendid

Dissotsiatiivsete kogemuste skaala (*DES-II*; Carlson & Putnam, 1993) sisaldab 28 väidet, mis käivad dissotsiatsiooni eri aspektide kohta. DES-II alaskaalade alla kuuluvad amneesia, depersonalisatsioon/derealisatsioon ja absorptsioon/ettekujutus.

Emotsionaalse enesetunde küsimustik (*EEK-2*; Aluoja, Shlik, Vasar, Luuk, & Leinsalu, 1999) on vastaja poolt täidetav enesehinnanguskaala olulisemate depressiooni ja ärevushäirete ning nendega piirnevate sümptomite sedastamiseks viimase kuu jooksul. EEK-2 koosneb 28 väitest, mis on sõnastatud lähtudes diagnostilistest kriteeriumitest ja kliinilisest otstarbekusest. Vastaja hindab meeleolu ja ärevusega seotud probleemide esinemissagedust 5-pallisel skaalal (0 – üldse mitte, 1 – harva, 2 – mõnikord, 3 – sageli, 4 – pidevalt). Väited on jaotunud 6 alaskaalasse: depressiivsus, üldine ärevus, agorafobia/paanika, sotsiaalne ärevus, vaimne kurnatus ja unehäired.

Traumahäire sümptomite küsimustik (*The Screen for Posttraumatic Stress Symptoms, SPTSS*; Carlson, 2001). Küsimustik sisaldab 17 väidet traumaatilise sündmuse mõju kohta (baseerub DSM-I), kuid ei ole seotud üksiku sündmuse mõjuga. Vastaja hindab, kui sageli viimase kahe nädala jooksul on loetletud sümptomid teda häirinud (5-ne Likert skaala, 0-4).

Uppsala uneuuringu küsimustik (*Uppsala Sleep Inventory*; Hetta, Almqvist, Ågren, Hambert, Liljenberg, Roos, 1985). Küsimustik hindab mitmeid unekvaliteedi ja –kvantiteediga seotud aspekte. Antud uuringu raames kasutatakse selle küsimustiku teatud osi (enesekohased küsimused unehäirete, uinumisraskuste, öiste ärkamiste, liigvarase ärkamise, päevase unisuse ja tukastumiste kohta).

Une Häirituse Küsimustik (*The Sleep Disturbance Questionnaire*; Espie, Brooks, & Lindsay, 1989). Küsimustik sisaldab 12 väidet, mis kirjeldavad uinumist takistavaid atribuute. Nende tõepärasust peab patsient hindama viieastmelisel skaalal. Küsimustikul on kolm põhiskaalat: „füüsiline pinge“ (*physical tension*), „probleemid unemustriga“ (*sleep pattern problem*) ja „vaimne ärevus“ (*mental anxiety*). Vaimse ärevuse skaala jaguneb kaheks

alaskaalaks: „kognitiivne ärgastus“ (*cognitive arousal*) ja „püüe magada“ (*sleep effort*). Küsimustikul on kõrge internaalne konsistentsus, Cronbachi α on .89.

EPIP-NEO isiksuseküsimustik (Goldberg, 1999; Möttus, Pullmann & Allik, 2006) koosneb 101 väitest. Küsimustik hindab vastaja viite isiksuseomadust: neurootilisust, ekstraversust, avatust, meelekindlust ja sotsiaalsust. Väitele antakse vastused 5-sel Likerti skaalal (0-vale/ei ole üldse nõus; 4-õige/ täiesti nõus).

Andmeid koguti vahemikus 2015.a. märtsist kuni maini.

Andmetöötlus

Andmete töötlemiseks kasutati programmi SPSS Statistics 20. Cronbach alfa järgi hinnati DSK reliaablust ning määrati millised parralleelväited tuleks eemaldada. Faktoranalüüsis kasutati peatelgede meetodit (*principal axes factoring*) ning *varimax* pööramist. Neid meetodeid on ka tavaliselt teistes DES-II faktoranalüüsides kasutatud. Sarnaselt Wright & Loftus (1999) soovitudele kasutati faktorite hindamisel lisaks *eigenvalue*de määramisele ka *Scree plot* joonist. Kuna DKS andmed oli tugevasti positiivselt kallutatud, siis kasutati skaaladevaheliste seoste leidmiseks Spearmani koefitsienti. Statistiliselt olulisi erinevusi hinnati olulisuse tõenäosusega 95%.

Tulemused

Kõigi väidete puhul esines keskmisest väiksemaid väärtusi rohkem kui keskmisest suuremaid väärtusi. Andmete paremaks kirjeldamiseks leiti väidete nõustumissagedus ehk kui suur hulk osalejatest valis antud väite vastuseks vahemiku 10% kuni 100%. DKS tulemuste keskmised, standardhälbed ja nõustumissagedus on ära toodud tabelis 1. Nõustumissagedus osutus kõige kõrgemaks väitel „2. Mõni inimene on kedagi teist kuulates äkki märganud, et ta ei olegi kuulnud kõike või osa sellest, mis räägiti“ (98,9%). ning kõige madalamaks väitel „27. Mõni inimene kuuleb mõnikord oma peas häält, mis käsevad tal midagi teha või kommenteerivad tema tegemisi“ (18,5%). Keskmise nõustumissagedus kõigi väidete peale kokku oli 55,4% (vahemikus 18,5% - 98,9%).

Tabel 1. Väidete keskmised, standardhälbed(SD) ja nõustumissagedus

Jrk	Väited	Keskmine	SD	Sagedus
1	... autoga sõites taipab ta äkki, et ei mäleta täielikult või osaliselt seda, mis juhtus sõidu ajal	24,30	23,45	75%
2	... on kedagi teist kuulates äkki märganud, et ta ei olegi kuulnud kõike või osa sellest, mis räägiti	41,60	24,73	98,9%
3	... on leidnud end olevat mingis kohas ja talle ei meenu kuidas ta sinna sattus.	9,70	16,54	44,6%
4	... on avastanud, et tal on seljas riided, mida ta enda teada pole selga pannud	4,30	8,20	32,6%
5	... juhtub, et ta leiab oma asjade seast uusi esemeid, mille ostmist ta ei mäleta	7,20	16,64	33,7%
6	... juhtub, et tema poole pöörduvad inimesed, keda ta ei tunne ja kes kutsuvad teda kellegi teise nimega või väidavad, et on temaga varem kohtunud	11,40	19,39	42,4%
7	... on vahel selline tunne nagu seisaks ta iseenda kõrval ja vaataks iseennast justkui kedagi teist midagi tegemas	11,90	18,89	44,6%
8	... on vahel öeldud, et ta ei tunne ära oma sõpru või pereliikmeid	8,90	16,75	40,2%
9	... on avastanud, et tal puudub mälestus mõnest oma elu olulisest sündmusest (nt pulmad või kooli lõpetamine)	19,60	25,30	58,7%
10	... on juhtunud, et teda süüdistatakse valetamises, kuigi ta sel hetkel ise ei arva, et ta valetab	12,50	18,66	48,9%
11	... on juhtunud, et ta vaatab peeglis ja ei tunne ennast ära	5,00	13,30	21,7%
12	... on vahel selline tunne nagu oleksid teised inimesed, objektid ja maailm tema ümber ebareaalsed	15,70	19,91	60,9%
13	... on vahel tundnud, et tema keha on justkui võõras ja ei kuulu talle	7,90	14,38	31,5%
14	... on kogenud, et ta mäletab mõnd mineviku sündmust nii eredalt nagu elaks ta seda uuesti läbi	30,50	27,79	81,5%
15	... pole kindel, kas sündmused, mida ta mäletab, on temaga päriselt juhtunud või on ta neist vaid unistanud	14,00	18,91	55,4%
16	... on kogenud, et tuttavas kohas olles tundub see talle hoopis tundmatu ja võõras.	12,00	19,12	47,8%
17	... on kogemusi, et ta vaatab televiisorit või filmi nii süvenenult, et ta ei märkagi, mis toimub tema ümber	39,50	25,68	97,8%
18	... juhtub vahel, et ta süveneb oma fantaasiasse või unistusse niivõrd, et talle tundub nagu juhtukski see temaga päriselt	15,50	23,15	55,4%
19	... on mõnikord tunne, et ta suudab valu eirata (mitte tähele panna)	18,50	24,88	59,8%
20	... on vahel kogenud, et ta istub ja vaatab tühelt enda ette, ei mõtle millelegi ning ta ei märkagi kuidas aeg möödub	18,20	21,34	69,6%
21	... märkab vahel, et ta räägib endaga üksi olles kõva häälega	26,50	28,93	66,3%
22	... võib käituda ühes olukorras nii erinevalt võrreldes teisega, et ta peaagu tunnebki nagu oleks ta neis olukordades erinev inimene	21,30	26,65	57,6%
23	... on märganud, et mõnikord on ta võimeline tegema asju ülima kerguse ja spontaansusega olukordades, mis talle muidu raskusi valmistavad (näiteks spordis, tööl, sotsiaalsetes olukordades jne)	29,50	26,18	80,4%
24	... ei suuda vahel meenutada, kas ta on midagi tegelikult teinud või ainult mõelnud selle tegemisest (näiteks ta ei tea, kas ta saatis e-kirja ära või on ainult mõelnud selle saatmisest)	35,60	24,09	94,6%
25	... leiab tõendeid selle kohta, et ta on teinud midagi, mida ta ei mäleta end teinud olevat.	13,90	16,20	63,0%
26	... leiab mõnikord oma asjade hulgast kirjutisi, joonistusi või märkmeid, mis on ta enda tehtud, kuid mille tegemist ta ei mäleta.	10,10	18,72	40,2%
27	... kuuleb mõnikord oma peas hääli, mis käsevad tal midagi teha või kommenteerivad tema tegemisi	4,90	14,53	18,5%
28	... on kogenud vahel sellist tunnet nagu ta vaataks maailma läbi udu, nii et inimesed ja objektid tunduvad olevat kauged ja ebaselged	12,00	19,07	38,0%
29	... on olnud mõnikord selline tunne nagu tema keha oleks talle võõras	10,30	16,11	43,5%
30	... jäävad mõnikord lihtsalt istuma ja kaugusesse vaatama, ei mõtle millelegi ja ei ole teadlikud aja möödumisest	24,40	25,83	72,8%
31	... on teinekord avastanud, et ta ei mäleta, kuidas ta sattus sinna, kus ta praegu on	11,20	18,05	41,3%

DKS väidete keskmine skoor oli 17,03 (vahemikus 4,3 kuni 41,6). Kõige suurema keskmisega oli väide nr.2 ($M=41,60$; $SD=24,73$) ning kõige väiksema keskmisega väide nr.4 ($M=4,30$; $SD=8,20$).

Sisemine kooskõla/Reliaablus

Dissotsiativsete kogemuste skaala reliaablust hinnati Cronbach alfaga. DKS üldine reliaablus (31 väite puhul) oli 0,94. Keskmine väidetevaheline korrelatsioon oli 0,33 jäädes vahemikku -0,10 ja 0,78.

Kuna väidete 20, 29 ja 31 eemaldamisel oli Cronbach alfa suurem kui nende vastavatel paralleelväidetel 30, 13 ja 3, siis jäeti nad küsimustikust välja. Lisaks näitas statistiline analüüs, et ka 17.väite Cronbach alfa oleks suurem kui see väide küsimustikust eemaldada. Antud väide otsustati aga siiski sisse jätta, kuna muidu poleks küsimustik originaaliga võrreldav. Paralleelväidete eemaldamisel osutus Cronbach alfa ikka kõrgeks ($\alpha=0,93$) ning keskmine väidetevaheline korrelatsioon oli 0,32 jäädes vahemikku -0,10 ja 0,70.

Tabel 2. DKS väidete reliaablus

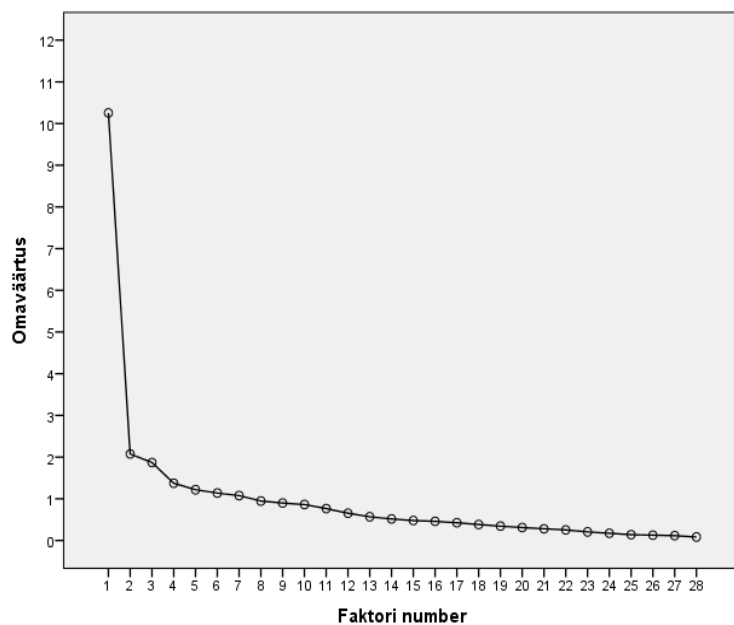
Väide	Cronbach α väite eemaldamisel	Väide	Cronbach α väite eemaldamisel	Väide	Cronbach α väite eemaldamisel
DKS 1	0,934	DES 12	0,933	DKS 23	0,933
DKS 2	0,932	DES 13	0,932	DKS 24	0,933
DKS 3	0,931	DES 14	0,933	DKS 25	0,933
DKS 4	0,935	DES 15	0,932	DKS 26	0,934
DKS 5	0,933	DES 16	0,931	DKS 27	0,935
DKS 6	0,935	DES 17	0,937	DKS 28	0,932
DKS 7	0,932	DES 18	0,932	DKS 29	0,933
DKS 8	0,935	DES 19	0,933	DKS 30	0,932
DKS 9	0,934	DES 20	0,933	DKS 31	0,932
DKS 10	0,932	DES 21	0,935		
DKS 11	0,936	DES 22	0,933		

Kordustesti reliaablus

DKS kordustesti reliaablus oli 0,83 ($p<,05$; two-tailed). Kordustesti täitsid 100 osalejast kokku 66. Kui võrreldi omavahel esimese DKS-i üldskoore, siis kordustesti tegijate ja mittetegijate vahel olulisi erinevusi ei leitud (Mann-Whitney $U=1047,5$; $N_1=66$, $N_2=34$; $p=,727$; two-tailed).

Faktorstruktuur

Enne faktoranalüüsi juurde asumist eemaldati paralleelväited (20, 29 ja 31). Faktorite seletusjõu graafik (scree plot) ja omaväärtused (>1) andsid tulemuseks 7 faktorit (Joonis 1).



Joonis 1. DKS omaväärtuste graafik

Seitse faktorit seletasid ära 67,7% koguvariatiivsusest. Faktorite omaväärtused (>1) ja seletusprotsendid on ära toodud tabelis 3.

Tabel 3. DKS omaväärtused ja seletusjõud

Faktor	Omaväärtus	Seletusprotsent	Kumulatiivne seletusprotsent
1	10,280	36,716	36,716
2	2,044	7,299	44,015
3	1,876	6,698	50,713
4	1,366	4,880	55,592
5	1,202	4,292	59,884
6	1,122	4,008	63,892
7	1,067	3,809	67,701

Kõiki 7 komponenti iseloomustati vastavalt sellele, milline väide oli antud faktoris kõige suurema faktorlaadungiga:

- 1) *28.Mõni inimene on kogenud vahel sellist tunnet nagu ta vaataks maailma läbi udu, nii et inimesed ja objektid tunduvad olevat kauged ja ebaselged* (peamiselt depersonalisatsiooni/derealisatsiooniga seotud väited),
- 2) *5.Mõne inimesega juhtub, et ta leiab oma asjade seast uusi esemeid, mille ostmist ta ei mäleta* (peamiselt amneesiaga seotud väited),
- 3) *21.Mõni inimene märkab vahel, et ta räägib endaga üksi olles kõva häälega* (peamiselt absorptsiooniga seotud väited),
- 4) *27.Mõni inimene kuuleb mõnikord oma peas hääli, mis käsevad tal midagi teha või kommenteerivad tema tegemisi* (depersonalisatsiooni/derealisatsiooni ja absorptsiooniga seotud väited),
- 5) *4.Mõni inimene on avastanud, et tal on seljas riided, mida ta enda teada pole selga pannud* (amneesiaga seotud väited),
- 6) *1.Mõne inimesega on juhtunud, et autoga sõites taipab ta äkki, et ei mäleta täielikult või osaliselt seda, mis juhtus sõidu ajal* (absorptsiooniga seotud väited),
- 7) *11.Mõnel inimesel on juhtunud, et ta vaatab peeglisse ja ei tunne ennast ära* (depersonalisatsiooni/derealisatsiooni ja amneesia/absorptsiooniga seotud väited).

Faktorigruppidest kõige kõrgemate keskmiste skooridega olid faktorid, mis olid enamuses seotud absorptsiooniga (6 ja 3). Kõige väiksemate keskmiste skooridega olid faktorid, mis olid valdavalt seotud amneesiaga (5, 7 ja 2). Faktorite keskmised on välja toodud tabelis 4.

Tabel 4. DKS faktorite keskmised, standardhälbed (SD) ja standardvead

	Keskmine	SD	Standardviga
Faktor 1	17,50	14,59	1,46
Faktor 2	13,84	12,28	1,23
Faktor 3	24,73	20,16	2,02
Faktor 4	10,20	15,81	1,58
Faktor 5	7,85	11,35	1,14
Faktor 6	32,95	21,15	2,12
Faktor 7	13,15	17,26	1,73

Üle poole väidetest omasid faktorlaadungit vähemalt 0,5. Faktorstruktuur on ära toodud tabelis 5. Välja on toodud faktorlaadungid, mille väärtus on vähemalt 0,3.

Tabel 5. DKS faktorstruktuur ja kategooria, kuhu vastav väide kuulub Kõrlin jt (2007) ja Putnam jt (1993) järgi

	Faktor							(Kõrlin jt, 2007)	(Carlsson jt, 1991)
	1	2	3	4	5	6	7		
28.Mõni inimene on kogenud vahel sellist tunnet nagu ta vaataks maailma läbi udu, nii et inimesed ja objektid tunduvad olevat kauged ja ebaselged	,763							dep/der	dep/der
12.Mõnel inimesel on vahel selline tunne nagu oleksid teised inimesed, objektid ja maailm tema ümber ebareaalsed	,706					,310	,330	dep/der	dep/der
7.Mõnel inimesel on vahel selline tunne nagu seisaks ta iseenda kõrval ja vaataks iseennast justkui kedagi teist midagi tegemas	,679							dep/der	dep/der
13.Mõni inimene on vahel tundnud, et tema keha on justkui võõras ja ei kuulu talle	,670				,395			dep/der	dep/der
24.Mõni inimene ei suuda vahel meenutada, kas ta on midagi tegelikult teinud või ainult mõelnud selle tegemisest (näiteks ta ei tea, kas ta saatis e-kirja ära või on ainult mõelnud selle saatmisest)	,465		,305			,426		abs/ amneesia	-
8.Mõnele inimesele on vahel öeldud, et ta ei tunne ära oma sõpru või pereliikmeid	,411							amneesia	amneesia
14.Mõni inimene on kogenud, et ta mäletab mõnd mineviku sündmust nii eredalt nagu elaks ta seda uuesti läbi	,349	,326	,331					PTSD	-
5.Mõne inimesega juhtub, et ta leiab oma asjade seast uusi esemeid, mille ostmist ta ei mäleta	,770				,579			amneesia	amneesia
26.Mõni inimene leiab mõnikord oma asjade hulgast kirjutisi, joonistusi või märkmeid, mis on ta enda tehtud, kuid mille tegemist ta ei mäleta	,757							amneesia	amneesia
25.Mõni inimene leiab tõendeid selle kohta, et ta on teinud midagi, mida ta ei mäleta end teinud olevat	,629		,333					amneesia	amneesia
3.Mõni inimene on leidnud end olevat mingis kohas ja talle ei meenu kuidas ta sinna sattus	,589				,410			amneesia	amneesia
10.Mõnel inimesel on juhtunud, et teda süüdistatakse valetamises, kuigi ta sel hetkel ise ei arva, et ta valetab	,491			,427				amneesia	amneesia
15.Mõni inimene pole kindel, kas sündmused, mida ta mäletab, on temaga päriselt juhtunud või on ta neist vaid unistanud	,383	,451		,429				amneesia	abs
16.Mõni inimene on kogenud, et tuttavas kohas olles tundub see talle hoopis tundmatu ja võõras	,384	,434		,378			,313	dep/der	abs
9.Mõni inimene on avastanud, et tal puudub mälestus mõnest oma elu olulisest sündmusest (nt pulmad või kooli lõpetamine)	,359	,319						amneesia	-
17.Mõnel inimesel on kogemusi, et ta vaatab televiisorit või filmi nii süvenenult, et ta ei märkagi, mis toimub tema ümber	,312							abs	abs
21.Mõni inimene märkab vahel, et ta räägib endaga üksi olles kõva häälega			,654					abs	abs
20.Mõned inimesed jäävad mõnikord lihtsalt istuma ja kaugusesse vaatama, ei mõtle millelegi ja ei ole teadlikud aja möödumisest	,342	,353	,570					abs	abs
19.Mõnel inimesel on mõnikord tunne, et ta suudab valu eirata (mitte tähele panna)			,565	,468	,383			dep/der	-
23.Mõni inimene on märganud, et mõnikord on ta võimeline tegema asju ülima kerguse ja spontaansusega olukordades, mis talle muidu raskusi valmistavad (näiteks spordis, tööl, sotsiaalsetes olukordades jne)			,401					abs	abs
27.Mõni inimene kuuleb mõnikord oma peas hääli, mis käsevad tal midagi teha või kommenteerivad tema tegemisi				,693				PTSD	dep/der
18.Mõne inimesega juhtub vahel, et ta süveneb oma fantaasiasse või unistusse niivõrd, et talle tundub nagu juhtukski see temaga päriselt	,365	,334		,487				abs	abs
4.Mõni inimene on avastanud, et tal on seljas riided, mida ta enda teada pole selga pannud					,509			amneesia	amneesia
6.Mõne inimesega juhtub, et tema poole pöörduvad inimesed, keda ta ei tunne ja kes kutsuvad teda kellegi teise nimega või väidavad, et on temaga varem kohtunud					,419			amneesia	-
1.Mõne inimesega on juhtunud, et autoga sõites taipab ta äkki, et ei mäleta täielikult või osaliselt seda, mis juhtus sõidu ajal						,766		abs/ amneesia	
2.Mõni inimene on kedagi teist kuulates äkki märganud, et ta ei olegi kuulnud kõike või osa sellest, mis räägiti	,400		,350		,309	,495		abs	abs
11.Mõnel inimesel on juhtunud, et ta vaatab peeglisse ja ei tunne ennast ära							,716	dep/der	dep/der
22.Mõni inimene võib käituda ühes olukorras nii erinevalt võrreldes teisega, et ta peaagu tunnebki nagu oleks ta neis olukordades erinev inimene	,301			,324			,470	amneesia	abs

Märkus: dep – depersonalisatsioon, der – derealisatsioon, abs – absorptsioon.

Gruppidevahelised erinevused

Kliinilise ja tervete uuritavate grupi skooride tulemused on ära toodud tabelis 5. Tabelist on näha, et kliinilises grupis on DKS keskmine isegi madalam kui tervete uuritavate grupis. Mann-Whitney test näitab, et see erinevus pole siiski oluline ($U=460,0$; $N_1=15$; $N_2=85$ $p=,087$; two-tailed).

Tabel 6 . DKS, SPTSS, UNH, EEK-II ja UUK üldskoorid patsientide ja tervete uuritavate grupis

	Grupp	N	Keskmine	SD	Standardviga	Miimum	Maksimum
DKS	T	85	17,94	11,50	1,25	1,79	59,29
	P	15	14,60	16,30	4,21	1,79	70,00
SPTSS	T	85	0,77	0,63	0,07	0,00	2,88
	P	15	1,09	1,09	0,28	0,06	3,18
UNH	T	85	1,55	0,73	0,08	0,00	3,58
	P	15	1,87	1,20	0,31	0,00	4,00
EEK-II	T	85	1,33	0,68	0,07	0,07	3,32
	P	15	1,58	0,96	0,25	0,43	3,39
UUK	T	85	1,66	0,47	0,05	0,98	2,98
	P	15	2,22	0,67	0,18	1,49	3,90

Meeste ja naiste vahel olulist erinevust DSK üldskoorides ei olnud ($U=859,0$; $N_1=26$; $N_2=74$; $p=,418$; two-tailed). Samuti ei olnud vanus ja DSK omavahel seotud ($r=-,098$; $p=,333$; two-tailed).

UUK küsimustikus oli küsimus, kus inimestel tuli subjektiivselt hinnata kas neil on unehäireid või mitte. Vastajad jaotati selle põhjal kahte rühma: kel esineb enda arvates unehäireid (Jah) ja kel mitte (Ei). Nende kahe grupi vahel oli UUK skooris oluline erinevus ($U=447,0$; $N_1=65$; $N_2=34$; $p<,05$; two-tailed). DKS skoorides aga olulist erinevust välja ei tulnud ($U=892,5$; $p=,077$; two-tailed).

Seosed teiste skaaladega

DKS üldskoori ja teiste küsimustike vaheliste seoste leidmiseks kasutati Spearmani korrelatsioonikoefitsienti, kuna DKS andmed ei olnud normaaljaotusega. Tulemused on toodud tabelina Lisas 2.

DKS ja EEK-II vahel oli keskmise tugevusega korrelatsioon (0,49). DKS korreleerub positiivselt kõigi EEK-II alaskaaladega, kõige tugevamalt neist depressiivsuse komponendiga (0,44) ning kõige nõrgemalt unehäirete komponendiga (0,28).

DKS üldskoori ja SPTSS üldskoori vahel oli keskmise tugevusega korrelatsioon (0,52).

DKS üldskoori ja UUK üldskoori vahel oli keskmise tugevusega korrelatsioon (0,39). Kõige tugevam oluline seos DKS üldskooril oli UUK alaskaaladest küsimustega, mis hindasid keskendumisraskusi (0,44). Kõige väiksem seos oli küsimustega, mis hindasid erinevatest olukordadest tingitud unehäireid (0,22). DKS üldskoori ja UNH vahel oli keskmise tugevusega korrelatsioon (0,37). Alaskaaladest kõige tugevama seose andsid vaimne ärevus (0,33) ja nõrgima seose füüsilise pinge komponent(0,26).

Seos isiksuseskaalaga

DKS üldskoor korreleerus EPIP-NEO alaskaaladest positiivselt neurootilisusega ($r=,26$; $p=,010$; two-tailed) ning negatiivselt ekstravertsuse ($r=-,31$; $p=,002$; two-tailed) ja sotsiaalsusega ($r=-,32$; $p=,002$; two-tailed).

Arutelu

Käesolevas töös uuriti DES-II eestikeelse tõlke psühhomeetrilisi omadusi kliinilise ja tervete uuritava valimi põhjal. Skaala sisemine reliaablus oli kõrge (0,93). Ühe väite eemaldamine oleks võinud reliaablust veelgi tõsta, kuid seda ei tehtud, säilitamaks originaalskaalale sarnast vormi. Kordustesti reliaablus oli samuti kõrge (0,83). See näitab, et DKS testiskoorid on ajas stabiilsed. Nii DKS sisemine reliaablus kui kordustesti tulemused on võrreldavad inglisekeelse originaaliga (van Ijzendoorn & Schuengel, 1996).

Faktoranalüüsi käigus leiti, et DKS omab 7-faktorilist struktuuri. See on kooskõlas ka näiteks Rootsis läbiviidud uuringuga (Körllin jt, 2007), kus kliinilist ja tervete uuritava gruppi uurides eraldus samuti 7 faktorit. Wright & Loftus(1999) järgi tuleks kasutada faktoreid määramisel nii *screeplot*'i kui omaväärtusi. Nad soovivad lahenduseks pigem ühefaktorilist struktuuri ega poolda fikseeritud omaväärtuste kasutamist, sest nii võib faktoreid kunstlikult juurde tekitada. Carlson ja Putnami (1993) soovitus järgi tasub kasutada samuti ühefaktorilist struktuuri. Nad rõhutavad, et ülejäänud faktorid on tingitud pigem dissotsiatiiivsete kogemuste esinemissageduse varieeruvusest. Näiteks „absorptsiooni“ komponenti kogetakse kõige sagedamini, „depersonalisatsiooni/derealisatsiooni“ komponenti keskmise sagedusega ning „amneesia“ komponenti kõige harvemini. DKS faktoruuring näitab sarnast esinemissagedust. Seetõttu võiks DKS-i jaoks pidada parimaks lahenduseks samuti ühefaktorilist struktuuri.

Tervete uuritavate grupis oli UUK üldskoor oluliselt madalam kui patsientide grupis, kuid DKS skoorides olulisi erinevusi ei leitud. Seega antud andmete põhjal võib öelda, et esimene hüpotees kinnitust ei leidnud. Tulemus võib olla mõjutatud patsientide grupi

omapärast. Kuigi kliiniliseks valimiks olid unekeskusesse pöördunud inimesed, siis paar osalejat märkis küsimustikus, et neil ei esine unehäireid. Lisaks oli kliiniline valim liiga väike võrreldes tervete uuritavate grupiga.

DKS korreleerus positiivselt EEK-2 üld- ja alaskaaladega ning SPTSS, UUK ja UNH üldskaaladega. Seega võib öelda, et hüpoteesid 2-5 leidsid kinnitust. Seosed olid keskmise tugevusega. Hämmastaval kombel oli DKS üldskoori ja EEK-2 unehäirete alaskaala vahel vaid nõrk korrelatsioon, kuigi UUK ja UNH korrelatsioonid näitasid DKS-ga tugevamat seost. See võib olla tingitud küsimustike eripäradest. UUK ja UNH mõõdavad spetsiifilisemaid unega seotud probleeme. Nagu ka varasemalt leitud, siis dissotsiatsiooni ning unehäirete vaheline seos on pigem spetsiifiline kui üldine (Giesbrecht & Merckelbach, 2004).

DKS seostus EPIP-NEO alaskaaladest positiivselt neurootilisusega ning negatiivselt ekstravertsuse ja sotsiaalsusega, mistõttu hüpotees 6 leidis osaliselt kinnitust. Leitud seoste tugevused on võrreldavad eelnevate uuringutega (Ruiz, Pincus & Ray, 1999).

Arvestades varasemalt leitud seoseid unehäirete, depressiooni, ärevushäirete ja traumahäirete sümptomitega, siis võib DKS valiidsust lugeda heaks. Faktorstruktuurist eristuvad ka suuremad komponendid (amneesia, depersonalisatsioon/derealisatsioon ja absorptsioon), mille hindamiseks vastavad väited esialgselt loodi.

Töö käigus selgus, et väide „*I...autoga sõites taipab ta äkki, et ei mäleta täielikult või osaliselt seda, mis juhtus sõidu ajal*“ võiks asendada väitega „*I...autoga/bussiga/rongiga sõites taipab ta äkki, et ei mäleta täielikult või osaliselt seda, mis juhtus sõidu ajal*“. Üks vastajatest kirjutas märkuseks, et tal pole autot. Kuigi väites pole mõeldud auto juhtimist, siis on inimesi, kes kasutavad üht või teist liiklusvahendit lihtsalt vähem.

DKS on enesekohane skaala ja ei ole mõeldud diagnoosimiseks. Näiteks dissotsiatsiooni kliinilisel hindamisel võib juhtuda, et inimene vastab, et ta tõesti leiab enda asjade hulgast esemeid, mida ta ei ole ostnud. Samas selgub, et ta abikaasal on kombeks oma armsamale salaja uusi särke osta. Seepärast on kliinilisel hindamisel oluline küsida vastajalt üle mismoodi on ta antud väitest aru saanud, eriti juhtudel, kui väidet on hinnatud kõrge skooriga. Wright & Loftus (1999) leidsid, et väidetele vastamine võib tekitada osades inimestes segadust. Näiteks lause „*Mõni inimene on kedagi teist kuulates äkki märganud, et ta ei olegi kuulnud kõike või osa sellest, mis räägiti*“ tekitab küsimuse, kas vastamisel valitud protsent tähendaks protsenti kogu ärkveloleku ajast, kõikidest vestlustest või hoopis mingist muust ühikust. Kuigi see takistus ei ole määrav dissotsiatiivsete kogemuste kliinilisel hindamisel, siis tekitab see probleeme hilisemal andmete analüüsimisel. Inimesed võivad ühele ja samale väitele vastatata väga erinevates proportsioonides.

Käesolevast uuringust saab teha vaid piiratud järeldusi. Esiteks oli kliiniline valim liiga väike ja heterogeenne. Antud valimi puhul jäi segaseks, kas paaril patsiendil esineb tegelikult unehäireid või mitte. Selle vältimiseks tasuks edasises uuringus kasutada patsientide gruppi, kellel on eelnevalt diagnoositud unehäired. See võimaldaks paremini uurida seoseid konkreetsete uneprobleemide ja dissotsiativsete sümptomite vahel.

Teiseks tuleb arvestada, et DKS skoorid on tugevasti kallutatud ja see piirab teatud statistiliste analüüside tegemist, nagu näiteks korrelatsioonianalüüs ja t-Test. Antud probleemile on püütud pakkuda mitmete uurijate poolt erinevaid lahendusi, nagu näiteks skooride dihotomiseerimine ehk kaheks jaotamine (Körliin jt, 2007) ja alternatiivse vastamisskaala kasutamine (Wright & Loftus, 1999). Teistsuguste meetodite miinus on aga selles, et neid on kirjanduses kasutatud niivõrd vähe ning võrdlusmoment teiste uuringutega jääks minimaalseks.

Tänuõnad

Tahan tänada kõiki, kes olid abiks antud töö valmimisel: mu juhendaja Kaia Kastepõld-Tõrs; Tuuliki Hion, Ketlin Veeväli, Ragne Tamm ja Triin Laurits SA TÜK Psühhiaatriakliiniku unehäirete keskusest; Keidi Soots, Kristiina Haug, Angelika Naurits ja Eva Loolaid-Raudpuu, kes aitasid tõlke koostamisel; kõiki, kes võtsid vaevaks uuringus osaleda.

Kasutatud kirjandus

1. Amdur, R. L., & Liberzon, I. (1996). Dimensionality of dissociation in subjects with PTSD. *Dissociation*, 9(2), 118–124.
2. American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)*. Washington D.C.: American Psychiatric Press.
3. Aluoja, A., Shlik, J., Vasar, V., Luuk, K., & Leinsalu, M. (1999). Development and psychometric properties of the Emotional State Questionnaire, a self-report questionnaire for depression and anxiety. *Nordic Journal of Psychiatry*, 53, 443-449.
4. Bernstein, E., & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 727–735.
5. Bernstein, I. H., Ellason, J. W., Ross, C. A., & Vanderlinden, J. (2001). On the dimensionalities of the Dissociative Experiences Scale (DES) and the Dissociation Questionnaire (DIS-Q). *Journal of Trauma & Dissociation*, 2(3), 103–123.
6. Bremner, J.D. (2010). Cognitive processes in dissociation: Comment on Giesbrecht et al. (2008). *Psychological Bulletin*, 136, 1-6.
7. Carlsson, E. B., Putnam, F. W., Ross, C. A., Anderson, G., Clark, P., Torem, M., Coons, P., Bowman, E., Chu, J. A., Dill, D., Loewenstein, R. J., & Braun, B. G. (1991). Factor analysis of the dissociative experiences scale: A multicenter study. In B. G. Braun & E. B. Carlson (Eds.), *Proceedings of the Eighth International Conference on Multiple Personality and Dissociative States*. Chicago: Rush-Presbyterian.
8. Carlson B. E., Putnam F. W.(1993). An update on the Dissociative Experiences Scale. *Dissociation*, 6(1),16–27.
9. Carlson, E. (2001). Psychometric study of a brief screen for PTSD: Assessing the impact of multiple traumatic events. *Assessment*, 8, 431-441
10. Cassano, G., Petracca, A., Perugi, G., Toni, C., Tundo, A., & Roth, M. (1989). Derealization and panic attacks: a clinical evaluation on 150 patients with panic disorder/agoraphobia. *Comprehensive Psychiatry*, 30(1), 5-12.
11. Dalenberg, C.J., Brand, B.L., Gleaves, D.H., Dorahy, M.J., Loewenstein, R.J., Cardena, E., Frewen, P.A., Carlson, E.B., & Spiegel, D. (2012). Evaluation of the evidence for the trauma and fantasy models of dissociation. *Psychological Bulletin*, Advance online publication, 1-39.

12. Espie, C. A., Brooks, D. N., & Lindsay, W. R. (1989). An evaluation of tailored psychological treatment of insomnia. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 20, 143–153.
13. Gershuny, B. S., & Thayer, J. F. (1999). Relations among psychological trauma, dissociative phenomena, and trauma-related distress: A review and integration. *Clinical Psychology Review*, 19, 631–657.
14. Giesbrecht, T., & Merckelbach, H. (2004). Subjective sleep experiences are related to dissociation. *Personality And Individual Differences*, 37(7), 1341-1345.
15. Giesbrecht, T., Smeets, T., Leppink, J., Jelicic, M., & Merckelbach, H. (2007). Acute dissociation after 1 night of sleep loss. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 599-606.
16. Giesbrecht, T., Lynn, S.J., Lilienfeld, S.O., & Merckelbach, H. (2008). Cognitive processes in dissociation: An analysis of core theoretical assumptions. *Psychological Bulletin*, 134, 617-647.
17. Giesbrecht, T., Lynn, S.J., Lilienfeld, S.O., & Merckelbach, H. (2010). Cognitive processes, trauma, and dissociation – Misconceptions and misrepresentations: Reply to Bremner (2010). *Psychological Bulletin*, 136, 7-11.
18. Goldberg, L. R. (1999). A broad-bandwidth, public domain, personality inventory measuring the lower-level facets of several five-factor models. In I. Mervielde, I. Deary, F. De Fruyt, & F. Ostendorf (Eds.). *Personality Psychology in Europe*, 7, 7–28. Tilburg, The Netherlands: Tilburg University Press.
19. Groth-Marnat, G., & Jeffs, M. (2002). Personality factors from the five-factor model of personality that predict dissociative tendencies in a clinical population. *Personality And Individual Differences*, 32(6), 969-976
20. Hageaars, M. A., Fisch, I., & van Minnen, A. (2011). The effect of trauma onset and frequency on PTSD-associated symptoms. *Journal Of Affective Disorders*, 132(1-2), 192-199
21. Hetta J, Almqvist M, Agren H, Hambert G, Liljenberg GB, Roos BE. (1985). Prevalence of sleep disturbances and related symptoms in a middle-aged Swedish population. In: WP Koella, E Ruther and H Schultz (Eds.), Sleep '84. Stuttgart: Gustaf Fischer Förlag: pp. 373-376.

22. Holmes, E. A., Brown, R. J., Mansell, W., Fearon, R. P., Hunter, E. C. M., Frasquilho, F., & Oakley, D. A. (2005). Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 25, 1-23.
23. Holtgraves, T., & Stockdale, G. (1997). The assessment of dissociative experiences in a non-clinical population: Reliability, validity, and factor structure of the Dissociative Experiences Scale. *Personality and Individual Differences*, 22, 699-706.
24. Körlin, D., Edman, G., & Nybäck, H. (2007). Reliability and validity of a Swedish version of the Dissociative Experiences Scale (DES-II). *Nordic Journal Of Psychiatry*, 61(2), 126-142
25. Larøi, F. F., Billieux, J. J., Defeldre, A. C., Ceschi, G. G., & Van der Linden, M. M. (2013). Factorial structure and psychometric properties of the French adaptation of the Dissociative Experiences Scale (DES) in non-clinical participants. *European Review Of Applied Psychology*, 63(4), 203.
26. Lightstone, J. (2004). Dissociation and compulsive eating. *Journal of Trauma & Dissociation*, 5(4), 17–32.
27. Lipsanen, T., Saaijärvi, S., & Lauerma, H. (2003). The Finnish version of the Dissociative Experiences Scale-II (DES-II) and psychiatric distress. *Nordic Journal Of Psychiatry*, 57(1), 17.
28. Merckelbach, H., Horselenberg, R., & Schmidt, H. (2002). Modeling the connection between self-reported trauma and dissociation in a student sample. *Personality and Individual Differences*, 32, 695-705.
29. Merckelbach, H., à Campo, J. A., Hardy, S., & Giesbrecht, T. (2005). Dissociation and fantasy proneness in psychiatric patients: A preliminary study. *Comprehensive Psychiatry*, 46, 181–185
30. Möttus, R., Pullmann, H. & Allik, J. (2006). Toward more readable Big Five personality inventories. A cautionary note and a proposal. *European Journal of Psychological Assessment*, 22, 3, 149-157.
31. Nijenhuis E.R.S. (2000) Somatoform dissociation: major symptoms of dissociative disorders. *Journal of Trauma & Dissociation* 1:7-29.
32. Putnam, F.W., Carlson, E.B., Ross, C.A., Anderson, G., Clark, P., Torem, M., et al. (1996). Patterns of dissociation in clinical and nonclinical samples. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 673-679.

33. Ray, W. J., June, K. I., Turaj, K., & Lundy, R. (1992). Dissociative experiences in a college age population: A factor analytic study of two dissociation scales. *Personality and Individual Differences*, 13, 417–424.
34. Ross, C. A., Joshi, S., & Currie, R. (1990). Dissociative experiences in the general population. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1547–1552.
35. Rufer, M., Fricke, S., Held, D., Cremer, J., & Hand, I. (2006). Dissociation and symptom dimensions of obsessive-compulsive disorder—A replication study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256, 146–150
36. Ruiz, M. A., Pincus, A. L., & Ray, W. J. (1999). The relationship between dissociation and personality. *Personality And Individual Differences*, 27(2), 239-249
37. Sar, V., Koyuncu, A., Ozturk, E., Yargic, L. I., Kundakci, T., Yazici, A., Aksüt, D.(2007).Dissociative disorders in the psychiatric emergency ward. *General HospitalPsychiatry*, 29, 45–50.
38. Santo, H., & Abreu, J. (2009). Portuguese validation of the dissociative experiences scale (DES). *Journal Of Trauma And Dissociation*, 10(1), 69-82
39. Simeon, D., Guralnik, O., Schmeidler, J., Sirof, B., & Knutelska, M. (2001). The role of childhood interpersonal trauma in depersonalization disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1027–1033.
40. Spitzer, C., Heyberger, H. J., Stieglitz, R., Carlson, E. B., Kuhn, G., Magdeburg, N., & Kessler, C. (1998). Adaptation and Psychometric Properties of the German Version of the Dissociative Experience Scale. *Journal Of Traumatic Stress*, 11(4), 799
41. Spitzer, C., Vogel, M., Barnow, S., Freyberger, H. J., & Grabe, H. J. (2007). Psychopathology and alexithymia in severe mental illness: The impact of trauma and posttraumatic stress symptoms. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 257, 191–196
42. Steinberg, M. (1994a). Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders (SCID-D) (p. 96). Washington, DC: American Psychiatric Press.
43. Steinberg M. (1994) Systematizing dissociation: symptomatology and diagnostic assessment. In D.Spiegel (Ed.), *Dissociation: culture, mind, and body*. American Psychiatric Publishing.
44. van der Hart, O., & Horst, R. R. (1989). The dissociation theory of Pierre Janet. *Journal Of Traumatic Stress*, 2(4), 397-412

45. van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2005). Dissociation: An insufficiently recognized major feature of complex posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 18*, 413–423.
46. van der Kloet, D., Giesbrecht, T., Lynn, S.J., Merckelbach, & de Zutter, A. (2011). Sleep normalization and decrease in dissociative experiences: Evaluation in an inpatient sample. *Journal of Abnormal Psychology*, Online First Publication, August 15, 2011
47. van der Kolk, B. A., & Fisler, R. (1995). Dissociation and the Fragmentary Nature of Traumatic Memories: Overview and Exploratory Study. *Journal Of Traumatic Stress, 8*(4), 505-525.
48. van IJzendoorn, M. H., Schuengel, C. (1996). The measurement of dissociation in normal and clinical populations: Meta-analytic validation of the Dissociative Experience Scale (DES). *Clinical Psychology Review, 16*, 365-382.
49. Watson, D. D. (2001). Dissociations of the night: Individual differences in sleep-related experiences and their relation to dissociation and schizotypy. *Journal Of Abnormal Psychology, 110*(4), 526-535
50. World Health Organization (1992) The ICD-10 Classification of mental and behavioral disorders: Clinical description and diagnostic guidelines. Geneva: WHO.
51. Wright, D. B., & Loftus, E. F. (1999). Measuring dissociation: Comparison of alternative forms of the dissociative experiences scale. *The American Journal Of Psychology, 112*(4), 497-519

Lisa 1

Dissotsiatiivsete kogemuste skaala

JUHEND

See küsimustik koosneb 31 küsimusest, mis on seotud igapäevaelu kogemustega. Meid huvitab, kui sagedasti on teil endal neid kogemusi olnud. On tähtis, et teie vastus puudutaks vaid neid olukordi, kus pole tegemist olnud ei alkoholi ega narkootiliste ainete tarvitamisega.

Palun püüdke küsimustele vastates märkida, millisel määral olete te kirjeldatud olukorda kogenud. Märkige ära number, mis näitab, kui sagedasti on teil endal sellist kogemust olnud.

Näide:

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
(mitte kunagi) (alati)

Kuupäev _____ Vanus _____ Sugu M ___ N ___

1. Mõne inimesega on juhtunud, et autoga/bussiga/rongiga sõites taipab ta äkki, et ei mäleta täielikult või osaliselt seda, mis juhtus sõidu ajal.

Tõmmake ring ümber numbrile, mis näitab, kui sagedasti on teil sellist kogemust olnud.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

(mitte kunagi) (alati)

2. Mõni inimene on kedagi teist kuulates äkki märganud, et ta ei olegi kuulnud kõike või osa sellest, mis räägiti.

Tõmmake ring ümber numbrile, mis näitab, kui sagedasti on teil sellist kogemust olnud.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

(mitte kunagi) (alati)

- 3. Mõni inimene on leidnud end olevat mingis kohas ja talle ei meenu kuidas ta sinna sattus.**

Tõmmake ring ümber numbrile, mis näitab, kui sagedasti on teil sellist kogemust olnud.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

(mitte kunagi) (alati)

- 4. Mõni inimene on avastanud, et tal on seljas riided, mida ta enda teada pole selga pannud.**

Tõmmake ring ümber numbrile, mis näitab, kui sagedasti on teil sellist kogemust olnud.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

(mitte kunagi) (alati)

- 5. Mõne inimesega juhtub, et ta leiab oma asjade seast uusi esemeid, mille ostmist ta ei mäleta.**
Tõmmake ring ümber numbrile, mis näitab, kui sagedasti on teil sellist kogemust olnud.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
(mitte kunagi) (alati)

- 6. Mõne inimesega juhtub, et tema poole pöörduvad inimesed, keda ta ei tunne ja kes kutsuvad teda kellegi teise nimega või väidavad, et on temaga varem kohtunud.**

Tõmmake ring ümber numbrile, mis näitab, kui sagedasti on teil sellist kogemust olnud.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
(mitte kunagi) (alati)

- 7. Mõnel inimesel on vahel selline tunne nagu seisaks ta iseenda kõrval ja vaataks iseennast justkui kedagi teist midagi tegemas.**

Tõmmake ring ümber numbrile, mis näitab, kui sagedasti on teil sellist kogemust olnud.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
(mitte kunagi) (alati)

- 8. Mõnele inimesele on vahel öeldud, et ta ei tunne ära oma sõpru või pereliikmeid.**

Tõmmake ring ümber numbrile, mis näitab, kui sagedasti on teil sellist kogemust olnud.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
(mitte kunagi) (alati)

- 9. Mõni inimene on avastanud, et tal puudub mälestus mõnest oma elu olulisest sündmusest (nt pulmad või kooli lõpetamine).**

Tõmmake ring ümber numbrile, mis näitab, kui sagedasti on teil sellist kogemust olnud.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
(mitte kunagi) (alati)

- 10. Mõnel inimesel on juhtunud, et teda süüdistatakse valetamises, kuigi ta sel hetkel ise ei arva, et ta valetab.**

Tõmmake ring ümber numbrile, mis näitab, kui sagedasti on teil sellist kogemust olnud.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
(mitte kunagi) (alati)

- 11. Mõnel inimesel on juhtunud, et ta vaatab peeglist ja ei tunne ennast ära.**

Tõmmake ring ümber numbrile, mis näitab, kui sagedasti on teil sellist kogemust olnud.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
(mitte kunagi) (alati)

12. Mõnel inimesel on vahel selline tunne nagu oleksid teised inimesed, objektid ja maailm tema ümber ebareaalsed.

Tõmmake ring ümber numbrile, mis näitab, kui sagedasti on teil sellist kogemust olnud.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
(mitte kunagi) (alati)

13. Mõni inimene on vahel tundnud, et tema keha on justkui võõras ja ei kuulu talle.

Tõmmake ring ümber numbrile, mis näitab, kui sagedasti on teil sellist kogemust olnud.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
(mitte kunagi) (alati)

14. Mõni inimene on kogenud, et ta mäletab mõnd mineviku sündmust nii eredalt nagu elaks ta seda uuesti läbi.

Tõmmake ring ümber numbrile, mis näitab, kui sagedasti on teil sellist kogemust olnud.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
(mitte kunagi) (alati)

15. Mõni inimene pole kindel, kas sündmused, mida ta mäletab, on temaga päriselt juhtunud või on ta neist vaid unistanud.

Tõmmake ring ümber numbrile, mis näitab, kui sagedasti on teil sellist kogemust olnud.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
(mitte kunagi) (alati)

16. Mõni inimene on kogenud, et tuttavas kohas olles tundub see talle hoopis tundmatu ja võõras.

Tõmmake ring ümber numbrile, mis näitab, kui sagedasti on teil sellist kogemust olnud.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
(mitte kunagi) (alati)

17. Mõnel inimesel on kogemusi, et ta vaatab televiisorit või filmi nii süvenenult, et ta ei märkagi, mis toimub tema ümber.

Tõmmake ring ümber numbrile, mis näitab, kui sagedasti on teil sellist kogemust olnud.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
(mitte kunagi) (alati)

18. Mõne inimesega juhtub vahel, et ta süveneb oma fantaasiasse või unistusse niivõrd, et talle tundub nagu juhtukski see temaga päriselt.

Tõmmake ring ümber numbrile, mis näitab, kui sagedasti on teil sellist kogemust olnud.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
(mitte kunagi) (alati)

19. Mõnel inimesel on mõnikord tunne, et ta suudab valu eirata (mitte tähele panna).

Tõmmake ring ümber numbrile, mis näitab, kui sagedasti on teil sellist kogemust olnud.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
(mitte kunagi) (alati)

20. Mõned inimesed jäävad mõnikord lihtsalt istuma ja kaugusesse vaatama, ei mõtle millelegi ja ei ole teadlikud aja möödumisest.

Tõmmake ring ümber numbrile, mis näitab, kui sagedasti on teil sellist kogemust olnud.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
(mitte kunagi) (alati)

21. Mõni inimene märkab vahel, et ta räägib endaga üksi olles kõva häälega.

Tõmmake ring ümber numbrile, mis näitab, kui sagedasti on teil sellist kogemust olnud.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
(mitte kunagi) (alati)

22. Mõni inimene võib käituda ühes olukorras nii erinevalt võrreldes teisega, et ta peaagu tunnebki nagu oleks ta neis olukordades erinev inimene.

Tõmmake ring ümber numbrile, mis näitab, kui sagedasti on teil sellist kogemust olnud.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
(mitte kunagi) (alati)

23. Mõni inimene on märganud, et mõnikord on ta võimeline tegema asju ülima kerguse ja spontaansusega olukordades, mis talle muidu raskusi valmistavad (näiteks spordis, tööl, sotsiaalsetes olukordades jne).

Tõmmake ring ümber numbrile, mis näitab, kui sagedasti on teil sellist kogemust olnud.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
(mitte kunagi) (alati)

24. Mõni inimene ei suuda vahel meenutada, kas ta on midagi tegelikult teinud või ainult mõelnud selle tegemisest (näiteks ta ei tea, kas ta saatis e-kirja ära või on ainult mõelnud selle saatmisest).

Tõmmake ring ümber numbrile, mis näitab, kui sagedasti on teil sellist kogemust olnud.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
(mitte kunagi) (alati)

25. Mõni inimene leiab tõendeid selle kohta, et ta on teinud midagi, mida ta ei mäleta end teinud olevat.

Tõmmake ring ümber numbrile, mis näitab, kui sagedasti on teil sellist kogemust olnud.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
(mitte kunagi) (alati)

26. Mõni inimene leiab mõnikord oma asjade hulgast kirjutisi, joonistusi või märkmeid, mis on ta enda tehtud, kuid mille tegemist ta ei mäleta.

Tõmmake ring ümber numbrile, mis näitab, kui sagedasti on teil sellist kogemust olnud.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
(mitte kunagi) (alati)

27. Mõni inimene kuuleb mõnikord oma peas hääli, mis käsevad tal midagi teha või kommenteerivad tema tegemisi.

Tõmmake ring ümber numbrile, mis näitab, kui sagedasti on teil sellist kogemust olnud.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
(mitte kunagi) (alati)

28. Mõni inimene on kogenud vahel sellist tunnet nagu ta vaataks maailma läbi udu, nii et inimesed ja objektid tunduvad olevat kauged ja ebaselged.

Tõmmake ring ümber numbrile, mis näitab, kui sagedasti on teil sellist kogemust olnud.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
(mitte kunagi) (alati)

Lisa 2

Tabel 7. DKS, EEK-2, UUK, SPTSS ja UNH üldskooride ja alaskaalade skooride omavahelised korrelatsioonid (Spearman rho)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1 DKS üld																				
2 EEK-2 üld	<u>0.49</u>																			
3 EEK-2 depressioon	<u>0.44</u>	<u>0.87</u>																		
4 EEK-2 ärevus	<u>0.38</u>	<u>0.84</u>	<u>0.65</u>																	
5 EEK-2 Paanika	<u>0.37</u>	<u>0.65</u>	<u>0.48</u>	<u>0.56</u>																
6 EEK-2 sotsiaalfobia	<u>0.30</u>	<u>0.51</u>	<u>0.40</u>	<u>0.34</u>	<u>0.44</u>															
7 EEK-2 vaimne kurnatus	<u>0.37</u>	<u>0.86</u>	<u>0.69</u>	<u>0.74</u>	<u>0.40</u>	<u>0.30</u>														
8 EEK-2 unehäired	<u>0.28</u>	<u>0.60</u>	<u>0.39</u>	<u>0.39</u>	<u>0.39</u>	0,16	<u>0.53</u>													
9 UUK tingitud	<u>0.22</u>	<u>0.67</u>	<u>0.58</u>	<u>0.59</u>	<u>0.30</u>	0,17	<u>0.66</u>	<u>0.59</u>												
10 UUK sagedus	0,15	<u>0.46</u>	<u>0.33</u>	<u>0.37</u>	<u>0.26</u>	0,09	<u>0.45</u>	<u>0.72</u>	<u>0.71</u>											
11 UUK ärkamine	<u>0.29</u>	<u>0.68</u>	<u>0.55</u>	<u>0.64</u>	<u>0.48</u>	<u>0.26</u>	<u>0.66</u>	<u>0.52</u>	<u>0.58</u>	<u>0.50</u>										
12 UUK päevane unisus	<u>0.35</u>	<u>0.72</u>	<u>0.58</u>	<u>0.71</u>	<u>0.44</u>	<u>0.30</u>	<u>0.75</u>	<u>0.35</u>	<u>0.65</u>	<u>0.39</u>	<u>0.64</u>									
13 UUK keskendumis-raskused	<u>0.44</u>	<u>0.62</u>	<u>0.54</u>	<u>0.58</u>	<u>0.29</u>	<u>0.31</u>	<u>0.65</u>	<u>0.34</u>	<u>0.51</u>	<u>0.36</u>	<u>0.48</u>	<u>0.62</u>								
14 UUK tukkumine	0,18	0,06	-0,01	<u>0.20</u>	0,05	-0,03	0,12	-0,05	0,12	0,03	<u>0.21</u>	<u>0.37</u>	<u>0.22</u>							
15 UUK üld	<u>0.39</u>	<u>0.73</u>	<u>0.58</u>	<u>0.70</u>	<u>0.40</u>	<u>0.25</u>	<u>0.75</u>	<u>0.54</u>	<u>0.80</u>	<u>0.66</u>	<u>0.78</u>	<u>0.82</u>	<u>0.77</u>	<u>0.41</u>						
16 SPTSS üld	<u>0.52</u>	<u>0.82</u>	<u>0.75</u>	<u>0.69</u>	<u>0.56</u>	<u>0.49</u>	<u>0.66</u>	<u>0.45</u>	<u>0.54</u>	<u>0.38</u>	<u>0.63</u>	<u>0.61</u>	<u>0.67</u>	0,06	<u>0.68</u>					
17 UNH füüsiline pingeline	<u>0.26</u>	<u>0.66</u>	<u>0.51</u>	<u>0.60</u>	<u>0.40</u>	<u>0.29</u>	<u>0.63</u>	<u>0.51</u>	<u>0.64</u>	<u>0.47</u>	<u>0.52</u>	<u>0.57</u>	<u>0.51</u>	<u>0.25</u>	<u>0.65</u>	<u>0.64</u>				
18 UNH unemuster	<u>0.27</u>	<u>0.45</u>	<u>0.34</u>	<u>0.35</u>	<u>0.30</u>	<u>0.37</u>	<u>0.36</u>	<u>0.37</u>	<u>0.41</u>	<u>0.43</u>	<u>0.43</u>	<u>0.35</u>	<u>0.35</u>	0,09	<u>0.45</u>	<u>0.45</u>	<u>0.44</u>			
19 UNH vaimne ärevus	<u>0.33</u>	<u>0.60</u>	<u>0.49</u>	<u>0.57</u>	<u>0.31</u>	0,17	<u>0.54</u>	<u>0.46</u>	<u>0.58</u>	<u>0.44</u>	<u>0.46</u>	<u>0.49</u>	<u>0.47</u>	0,12	<u>0.58</u>	<u>0.59</u>	<u>0.68</u>	<u>0.48</u>		
20 UNH üld	<u>0.37</u>	<u>0.68</u>	<u>0.54</u>	<u>0.60</u>	<u>0.39</u>	<u>0.33</u>	<u>0.61</u>	<u>0.52</u>	<u>0.65</u>	<u>0.52</u>	<u>0.56</u>	<u>0.57</u>	<u>0.53</u>	<u>0.22</u>	<u>0.68</u>	<u>0.67</u>	<u>0.86</u>	<u>0.75</u>	<u>0.85</u>	

Märkus: Allajoonitult on välja toodud statistiliselt olulised seosed ($p < 0,01$).

Käesolevaga kinnitan, et olen korrektselt viidanud kõigile oma töös kasutatud teiste autorite poolt loodud kirjalikele töödele, lausetele, mõtetele, ideedele või andmetele.

Olen nõus oma töö avaldamisega Tartu Ülikooli digitaalarhiivis DSpace.

Margo Taliväting